



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

anlässlich der Anhörung vor dem Ausschuss für
Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 7.9.2015



Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	3
2.	Grundsätzliche Positionen zum Entwurf des KHSG	3
3.	Stellungnahme zu ausgewählten Themen	6
	a) Begutachtungsverfahren gemäß § 276 SGB V	6
	b) Konsequenzen für Krankenhäuser mit guter oder unzureichender Qualität	8
	c) Pflegestellenförderprogramm	10
	d) Investitionsfinanzierung und Strukturfonds	12

1. Vorbemerkung

Nachdem die Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 5.12.2014 die Eckpunkte für die Krankenhausreform vorgelegt hat, ist mit dem Beschluss des Bundeskabinetts für ein Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) die Notwendigkeit eines Strukturwandels in der Krankenhausversorgung aufgegriffen worden.

Der vdek hat an der gemeinsamen Stellungnahme der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) mitgewirkt. Die hier vorgelegte gesonderte Stellungnahme beschränkt sich auf wenige, für die Ersatzkassen wesentliche Punkte.

Eingangs ist sehr zu begrüßen, dass die Bundesregierung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zum KHSG den gemeinsamen Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Ersatzkassen nachgekommen ist, neue Regelungen im Zusammenhang mit der Schlichtung von Abrechnungsstreitigkeiten vorzusehen. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet.

Allerdings enthält der Gesetzentwurf auch Änderungen, die aus Sicht der Ersatzkassen kritisch zu bewerten sind. So soll unter anderem auch das „Umschlagverfahren“ im Rahmen des Überprüfungsverfahrens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) geändert werden. Demnach soll das bisher praktizierte Verfahren, wonach die Leistungserbringer personenbezogene Daten in einem verschlossenen Umschlag nach Aufforderung an die Krankenkassen und zur Weitergabe an den MDK übermittelt haben, nicht mehr möglich sein; hier ist eine unmittelbare Übermittlung an den MDK geplant. Für die Ersatzkassen stellt der Schutz personenbezogener Daten ein hohes Gut dar, was sie auch im bisherigen Verfahren berücksichtigt haben. Das Umschlagverfahren ist etabliert und ermöglicht, die Prozesse der Krankenkassen im Zusammenhang mit den MDK-Überprüfungsverfahren effizient zu gestalten. Die geplante Neuregelung hätte zur Folge, dass wichtige und politisch gewollte Aufgaben der Krankenkassen im Case-Management deutlich erschwert würden und die Versorgungskontinuität nicht gewährleistet wäre.

2. Grundsätzliche Positionen zum Entwurf des KHSG

Ziel des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung ist die nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser. Der Anteil der Investitionskostenförderung der Länder ist von 1991 bis heute von fast zehn auf etwa 3,5 Prozent zurückgegangen. Der Anteil der Krankenkassen an der Gesamtkostenfinanzierung ist somit kontinuierlich gestiegen. Regelungen zur Sicherung der Investitionskostenförderung werden im Gesetz aber ausgelassen; dies erklärt sich durch die Haushaltslage der Länder. Dennoch sieht das Gesetz gleichzeitig einen umfassenden Kompetenzausbau der Länder vor.

Die Betriebskostenfinanzierung ist bereits heute mehr als auskömmlich. Ansonsten wären die Krankenhäuser nicht in der Lage gewesen, aus Einsparungen bzw. Gewinnen Investitionslücken zu schließen. Dies gelingt den Krankenhäusern einerseits dadurch, dass sie Kosten einsparen. Leider geschieht dies größtenteils durch Einsparungen bei den Personalkosten, die rund 60 Prozent der Krankenhausausgaben ausmachen. Dies betrifft sowohl die Anzahl des Personals als auch deren Qualifikation. Darunter leidet vor allem die Versorgungsqualität. Auch das Hygieneproblem bzw. das Risiko der Übertragung von Krankenhauskeimen steht damit im Zusammenhang. Andererseits versuchen die Krankenhäuser, ihre Umsätze durch Fallzahlsteigerungen und einem geänderten Kodierverhalten im Rahmen der Abrechnung von Krankenhausleistungen zu steigern. Das Problem ökonomisch motivierter Fallzahlsteigerungen ist hinlänglich bekannt und wurde durch die Diagnosis Related Groups (DRG)-Begleitforschung sowie durch das Mengengutachten belegt. Dennoch finden sich im Gesetzentwurf vorwiegend weitere Zugeständnisse in der Betriebskostenfinanzierung – exemplarisch seien hier die Mehrkostenzuschläge für G-BA-Beschlüsse oder die Erhöhung der Landesbasisfallwerte durch die pauschale Anhebung der unteren Grenze des Bundesbasisfallwertkorridors genannt – die nicht mittelbar mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität einhergehen. Medienberichten zufolge liegt die Befürchtung nahe, dass die Politik den Krankenhäusern bis zum Ende des Gesetzgebungsverfahrens noch mehr finanzielle Zugeständnisse machen will: Dazu zählt die Entfristung oder Überführung des Versorgungszuschlags in den Landesbasisfallwert genauso wie die Aufweichung der Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag. Der Gesetzgeber sollte keine weiteren Regelungen in das KHSG aufnehmen, die ausschließlich darauf ausgerichtet sind, über die Betriebskostenfinanzierung den finanziellen Druck zu senken und nicht auf die Ursachen zielen.

Höhere Entgelte führen zu einem weiteren Anstieg der angebotsinduzierten Nachfrage. Das Problem ökonomisch motivierter Fallzahlsteigerungen wächst weiter. Damit bringt die Reform nicht nur ein Ausgaben-, sondern auch ein Qualitätsproblem mit sich. Denn medizinische Behandlungen, insbesondere Operationen, die nur aus ökonomischen und nicht aus einer medizinischen Notwendigkeit heraus durchgeführt werden, gefährden die Patientensicherheit massiv. Sie stehen für eine schlechte Indikations- und damit auch für eine schlechte Versorgungsqualität. Nicht indizierte Operationen müssen daher nicht nur ökonomisch, sondern auch mit einer auf maximale Transparenz und Konsequenz ausgelegten Qualitätssicherung sanktioniert werden.

Es ist daher richtig, dass die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf zum KHSG konsequent auf Qualität setzt und diese auch zu einem Hauptkriterium in der Krankenhausplanung machen will. Mit der Grundausrichtung an planungstauglichen Qualitätsindikatoren folgt die Regierung konzeptionellen Überlegungen der Ersatzkassen. Das Maßnahmenpaket, das die Bundesregierung in Sachen Qualität schnürt, zeigt einen ernsthaften Umsetzungswillen. Hierzu gehören unter anderem Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung, rechts-sichere Mindestmengen mit verbundenem Abrechnungsverbot, die Kündigung von Versorgungsverträgen bei unzureichender Qualität und MDK-Kontrollen

zur Überprüfung von Qualitätsvorgaben. Bei der Krankenhausplanung bleibt es den Ländern jedoch grundsätzlich freigestellt, inwieweit sie die neuen Qualitätsvorgaben aufgreifen und vor Ort umsetzen. Das Qualitätsversprechen der Krankenhausreform lässt sich aber nur einlösen, wenn die Länder den Weg zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen mitgehen.

Begrüßenswert aus Sicht der Ersatzkassen ist, dass künftig einzelne Fachabteilungen oder ganze Krankenhäuser mit unzureichender Qualität aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden müssen. Mindestens genauso wichtig ist es, dass einzelne Leistungen auf der Ebene der DRG bei unzureichender Qualität von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden können. Auch nach Ansicht der Länder kann diese Detailbetrachtung nicht Aufgabe der Landesplanungsbehörden sein. Deshalb ist es notwendig, dass die Krankenkassen im Rahmen der bundesweiten Vorgaben und der von den Ländern vorgegebenen Strukturen in den Budgetverhandlungen einen Leistungsausschluss bei dauerhaft unzureichender Qualität rechtssicher durchsetzen können. In dieser Hinsicht würden die Krankenkassen quasi als Erfüllungsgehilfen der Länder tätig. Untauglich dagegen ist der Weg, schlechte Qualität mit Vergütungsabschlägen bestrafen zu wollen. Vergütungsabschläge führen zu einer Verschlechterung der Qualität, da sie weitere krankenhauserinterne Einsparungszwänge auslösen. Dauerhaft schlechte Qualität muss konsequent von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden, nur so können die Mindestanforderungen an die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt und die Patientenversorgung optimiert werden.

Diese zuvor dargestellten Maßnahmen können – wenn konsequent angewendet – dazu beitragen, dass die Leistungsanspruchnahme künftig nur dort erfolgt, wo eine hinreichend gute Qualität geboten wird. Im Ergebnis werden die Maßnahmen einen Prozess der Leistungszentralisierung in Gang setzen. Dieser folgt Qualitätsaspekten und ist ausdrücklich gewollt, solange die Erreichbarkeit von Grund- und Notfallversorgung in akzeptabler Entfernung sichergestellt wird.

Der qualitätsorientierte Umbau der Krankenhauslandschaft soll durch einen Strukturfonds vorangetrieben werden. Er sieht ein Finanzvolumen in Höhe von einer Milliarde Euro vor und soll hälftig aus dem Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung und durch die Länder finanziert werden. Ziel ist es, den Kapazitätsabbau zu unterstützen und die Umwandlung von akutstationären in alternative Versorgungsangebote zu fördern, sowie notwendige Konzentrationsprozesse einzuleiten. Die Ersatzkassen begrüßen daher den Strukturfonds. Allerdings kann der Erfolg des Strukturfonds nur dann eintreten, wenn die Beteiligten willens sind, das Instrument im Sinne seiner Zielsetzung umzusetzen. In diesem Zusammenhang ist zu kritisieren, dass den Ländern eine sehr hohe Entscheidungsbefugnis zukommt. Sie stellen nicht nur die entsprechenden Förderanträge, sondern kontrollieren auch die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Zudem bleibt es den Ländern freigestellt, ob sie sich am Strukturfonds beteiligen. Darüber hinaus sollte auch die private

Krankenversicherung zu einer Beteiligung am Strukturfonds verpflichtet werden, da die damit einhergehenden Veränderungen auch ihr zugutekommen.

Der Strukturfonds stellt ein grundsätzlich gutes Instrument dar, dem Strukturwandel im Krankenhausbereich zu begegnen und sich den Herausforderungen des demografischen Wandels zu stellen. Die demografische Entwicklung führt nicht nur dazu, dass die Bevölkerungszahlen insbesondere in den ländlichen Regionen weiter abnehmen werden, sondern auch dazu, dass der wachsenden Anzahl von Versorgungsempfängern eine sinkende Zahl an Krankenpflegekräften und -helfern gegenübersteht.

Schon heute und in Folge der mangelhaften Investitionsförderung ist die Pflegesituation in den Krankenhäusern zu hinterfragen. Ab dem Jahr 2016 soll deshalb ein weiteres, kostenträchtiges Pflegestellenförderprogramm greifen und der „Pflege am Bett“ dienen. Wenn hier nicht nachjustiert wird, könnten die zusätzlichen Finanzmittel allerdings verpuffen. Nur mit unangemeldeten Kontrollen, zum Beispiel durch den MDK, kann überhaupt sichergestellt werden, dass das Geld tatsächlich und nachweisbar für eine bessere Pflege der Patienten im Krankenhaus verwendet wird. Man darf nicht die Fehler des letzten Pflegestellenförderprogramms wiederholen und Krankenhäuser mit Mitteln aus dem Förderprogramm belohnen, die im Ergebnis Personal abgebaut haben. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die Fördermittel auch nach Ablauf des Pflegestellenförderprogramms zurückzuzahlen sind, wenn das Krankenhaus die geförderten Stellen wieder abbaut.

3. Stellungnahme zu ausgewählten Themen

a) Begutachtungsverfahren gemäß § 276 SGB V

Sofern im Zusammenhang mit einer Begutachtung durch den MDK versichertenbezogene Daten von Leistungserbringern benötigt werden, werden diese derzeit im sogenannten „Umschlagverfahren“ in einem verschlossenen Umschlag nach Aufforderung an die Krankenkassen zur Weitergabe an den MDK übermittelt. Dieses Verfahren soll mit der Gesetzesänderung dahingehend geändert werden, dass die Krankenkassen die Daten zwar weiterhin anfordern dürfen, die Übermittlung jedoch ausschließlich und direkt an den MDK zu erfolgen hat. Damit soll wiederholt vorgetragene Bedenken der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rechnung getragen werden.

Die Verpflichtung der Krankenkassen, zur Sicherung des Behandlungserfolgs und zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit den MDK – vorher den vertrauensärztlichen Dienst (VäD) – hinzuzuziehen, wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 (GRG) in das SGB V übernommen. Zusätzlich

wurden die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Die Vorlageverpflichtung umfasste alle Daten, die zur sachgerechten und umfassenden MDK-Beurteilung erforderlich waren (Datenerhebungskompetenz der Krankenkassen).

Mit dem 2. SGB V-Änderungsgesetz wurde die Datenerhebungskompetenz auf den MDK ausgeweitet. § 276 Absatz 2 SGB V sieht die Verpflichtung der Leistungserbringer vor, vom MDK angeforderte Daten diesem direkt zu übermitteln. Dies sollte die Datenerhebungskompetenz der Krankenkassen nicht schmälern, sondern eine zügige Bearbeitung gewährleisten und das Verfahren vereinfachen (BT-Drs. 12/5187). Die im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltene Neuregelung jedoch zielt darauf ab, die Datenerhebungskompetenz der Krankenkassen deutlich einzuschränken. Dies wird von den Ersatzkassen abgelehnt.

Das Umschlagverfahren liegt im Interesse aller – nämlich der Versicherten, Ärzte, Leistungserbringer, MDKs, Arbeitgeber und Krankenkassen. Mit dem Umschlagverfahren wird – wie die Praxis zeigt – dem gesetzgeberischen Anliegen einer zügigen und umfassenden Begutachtung und Beratung Rechnung getragen. Eine Änderung des Verfahrens würde die derzeit reibungslose Zusammenarbeit bei der Leistungsbewilligung zur Sicherung des Behandlungserfolgs oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit behindern. In der Folge der vorgesehenen Änderung würde der MDK mit zusätzlichen administrativen Aufgaben belastet, die heute die Krankenkassen effizient erledigen. Dies wird mehr Personal beim MDK erfordern und damit höhere Bürokratiekosten erzeugen. Zudem entstehen Koordinationsaufwände und Schnittstellenprobleme, in deren Folge es zu längeren Verfahrens- und Bearbeitungszeiten kommt. Heute laufen die Abstimmungsprozesse mit dem MDK zum Teil taggleich, da der zuständige Fallbearbeiter der Kasse zielgerichtet für jeden „Fall“ die notwendige Begutachtung des MDK-Gutachters organisiert, direkt im Anschluss eine Leistungsentscheidung der Krankenkasse herbeiführt und den Versicherten auf diese Weise sehr zeitnah informieren kann. Der durch die Gesetzesänderung intendierte umgekehrte Weg erzwingt zunächst die Zuordnung der beim MDK eingegangenen Unterlagen zu den zuständigen Kassenmitarbeitern. Daneben kann der MDK Unterlagen erhalten, für die er noch keinen Begutachtungsauftrag hat und die er nicht zuordnen kann. Er muss bei unvollständigen Unterlagen die fehlenden Informationen nachfordern. Die Anmahnung fehlender Unterlagen kann gegebenenfalls nicht rechtzeitig erfolgen, da die Krankenkasse nicht weiß, ob die Unterlagen zwischenzeitlich beim MDK angekommen sind oder nicht. Diese und andere Schnittstellenprobleme sind nicht nur unnötig. Sie erschweren das Fallmanagement der Krankenkassen massiv, da es sich um ein Mengengeschäft handelt.

Das Vorgehen der Krankenkassen ist geprägt von Kundenorientierung und Service. Schließlich stehen sie im Wettbewerb. Damit hat jeder Fallmanager bei einer Krankenkasse ein Interesse daran, alle anstehenden leistungsrechtlichen Fragen zeitnah zu klären, dem Versicherten belastende und ärgerliche Friktionen zu ersparen, notwendige Leistungsentscheidungen rasch herbeizuführen

und gegebenenfalls die Versicherten in weitere sinnvolle Therapieangebote der eigenen Kasse zu steuern.

Dieser Motivlage unterliegt der MDK nicht. Auch deshalb sollte er sich auf seinen Auftrag, die sozialmedizinische Beurteilung, konzentrieren können und keine zusätzlichen Kapazitäten für administrative Aufgaben binden. Es ist keineswegs sichergestellt, dass eine MDK-gesteuerte Administration und Koordination, wie sie durch das heutige Umschlagverfahren sichergestellt ist, ebenso effizient erfolgt wie durch die Krankenkassen.

Die Fallführung, wie sie nach dem gegenwärtig praktizierten Umschlagverfahren möglich ist, sollte weiterhin in den Händen der Krankenkassen liegen. Es ist nicht sachgerecht, aufgrund des Fehlverhaltens einzelner Krankenkassen oder Krankenkassenmitarbeiter das gesamte, gut funktionierende Verfahren abzuschaffen. Richtiger wäre es, Krankenkassen, die gegen die Vorschriften verstoßen, verursachergerecht zu sanktionieren. Eine Kollektivbestrafung, wie sie faktisch durch die Umstellung des Umschlagverfahrens erfolgt, lehnen die Ersatzkassen ab.

Abschließend ist darauf aufmerksam zu machen, dass eine Änderung weitere, aufwändige Folgeänderungen nach sich ziehen wird, etwa Änderungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte oder der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Änderungsvorschlag:

Die Neufassung des § 276 Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen. Die alte Regelung bleibt bestehen.

b) Konsequenzen für Krankenhäuser mit guter oder unzureichender Qualität

Die Ersatzkassen begrüßen die Qualitätsoffensive der Bundesregierung ausdrücklich. Wichtig ist, dass aus der Qualitätsmessung Konsequenzen aufgezeigt und im Bedarfsfall auch gezogen werden. Positiv ist, dass das Kriterium „unzureichende Qualität“ für Teile eines Krankenhauses oder ganze Krankenhäuser über deren Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan entscheiden soll. Man muss aber bedenken, dass in der Praxis die Schließung ganzer Krankenhäuser wegen unzureichender Qualität wohl äußerst selten sein wird. Dies dürfte auch bezogen auf einzelne Abteilungen nicht anders aussehen. Umso wichtiger ist es, dass einzelne Leistungen auf der Ebene der Diagnosis Related Groups (DRGs) bei unzureichender Qualität von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden können. Auch nach Ansicht der Länder kann diese Detailbetrachtung nicht Aufgabe der Landesplanungsbehörden sein. Deshalb ist es wichtig, dass die Krankenkassen im Rahmen der bundesweiten Vorgaben und der von den Ländern vorgegebenen Strukturen in den Budgetverhandlungen einen Leistungsausschluss bei dauerhaft unzureichender Qualität rechtssi-

cher durchsetzen können. In dieser Hinsicht würden die Krankenkassen quasi als Erfüllungsgehilfen der Länder tätig.

Der Entwurf sieht an mehreren Stellen Regelungen zu Zu- und Abschlägen bei außerordentlich guter sowie unzureichender Qualität vor. Die Ersatzkassen bewerten diese Regelung, insbesondere hinsichtlich der Abschläge, sehr kritisch. Gerade bei schlechter Qualität verschärfen sich durch einen hausinternen Sparzwang Qualitätsprobleme. Außerdem wird der Fehlanreiz ausgelöst, fehlende Einnahmen über eine Mengenausweitung zu kompensieren. Zuschläge für Krankenhäuser mit guter Ergebnisqualität machen erst Sinn, wenn die Indikationsqualität gesichert ist. Stattdessen ist es erforderlich, bei der Vereinbarung und Abrechnung von Leistungen sicherzustellen, dass keine Leistungen mit unzureichender Qualität vereinbart und abgerechnet werden. Die Änderungsvorschläge der Ersatzkassen sollen dies sicherstellen. Der Leistungsausschluss soll sowohl auf Basis der Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden externen stationären Qualitätssicherung und der Mindestanforderungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 SGB V (neu) sowie der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse zu den planungsrelevanten Indikatoren nach § 136c Absatz 2 SGB V (neu) erfolgen.

Änderungsvorschlag:

Zu- und Abschläge für außerordentlich gute und unzureichende Qualität werden abgelehnt. Daher erfolgt die Streichung dieser Regelung an den dafür vorgesehenen Stellen:

§ 17b Absatz 1a Nummer 3 KHG wird gestrichen.

§ 5 Absatz 3a KHEntgG wird gestrichen.

§ 9 Absatz 1a Nummer 4 KHEntgG wird gestrichen.

§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V wird gestrichen.

Stattdessen wird eingeführt, dass Leistungen mit unzureichender Qualität nicht vereinbart und abgerechnet werden dürfen. Hierzu sind folgende Änderungen und Ergänzungen des Krankenhausfinanzierungs- sowie -entgeltgesetzes erforderlich:

§ 17c Absatz 1 KHG wird folgende Nummer 4 angefügt:

„4. keine Abrechnung von Entgelten für Leistungen erfolgt, die bei den Ergebnissen nach § 136 SGB V oder den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen.“

§ 4 Absatz 1 KHEntgG wird folgender Satz 3 angefügt:

„Es umfasst nicht Entgelte für Leistungen, die bei den Ergebnissen nach § 136 SGB V oder den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen.“

§ 8 KHEntgG wird folgender Absatz 1a angefügt:

1a) Allgemeine Krankenhausleistungen sind vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses ausgeschlossen, wenn sie bei den Ergebnissen nach § 136 SGB V oder den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen. Sie dürfen dann nicht Bestandteil der Vereinbarung nach § 11 werden.“

In § 11 Absatz 5 Satz 1 KHEntgG wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Worte „§ 8 Absatz 1a gilt entsprechend.“ angefügt.

c) Pflegestellenförderprogramm

Es soll ein dreijähriges Pflegestellenförderprogramm in den Jahren 2016 bis 2018 aufgelegt werden. Den Krankenhäusern sollen zusätzliche finanzielle Mittel für die Neueinstellung und die zeitliche Stellenaufstockung von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen zur Verfügung gestellt werden. Die zusätzlichen Personalkosten werden zu 90 Prozent gefördert. Krankenhäuser können für Neueinstellungen oder Aufstockungen von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung einen zusätzlichen Budgetanteil bis zu einer Höhe von jährlich 0,15 Prozent erhalten.

Der 1.1.2015 wird als Stichtag für die Feststellung des Personalbestands, auf den mit dem Förderprogramm aufgesetzt wird, festgelegt. Das Krankenhaus hat eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zu treffen, dass zusätzliches Pflegepersonal in den förderfähigen Bereichen im Vergleich zum Personalbestand am Stichtag 1.1.2015 eingestellt oder aufgestockt wird.

Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen. Es sind sowohl die gesamten jahresdurchschnittlichen Pflegestellen als auch die jahresdurchschnittlichen Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres vorzulegen. Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind diese Mittel zurückzuzahlen.

Eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission erarbeitet bis spätestens zum 31.12.2017 Vorschläge, wie die Finanzmittel aus dem Förderprogramm dauerhaft für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung („Pflege am Bett“) zur Verfügung gestellt werden können.

Mit dieser Regelung wird das Pflegestellenförderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 neu aufgelegt. Im Unterschied zum vorangegangenen Förderprogramm wird die Förderung explizit auf die Personalaufstockung in der „Pflege am Bett“ begrenzt. In der Gesetzesbegründung wird zudem klargestellt, dass es nicht Intention der Förderung ist, weitere ärztliche Aufgaben auf die Pflege zu übertragen oder Personal zur Erbringung von Mehrleistungen zu fördern. Die derzeitige Ausgestaltung des Pflegeförderprogramms II stellt jedoch nicht ausreichend sicher, dass die oben genannten Ziele erreicht und die Fehler des ersten Pflegeförderprogramms vermieden werden.

Zwar ist es positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber eine umfassendere Nachweisführung der Mittelverwendung gegenüber dem vorangegangenen Pflegestellenförderprogramm I vorsieht, um einem Missbrauch im Sinne strategischer Entlassungen und Neueinstellungen vorzubeugen. Allerdings ist die Regelung nicht weitreichend genug. Die tatsächliche Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung kann nur durch Vor-Ort-Prüfungen zuverlässig nachvollzogen werden. Daher sollten unangemeldete Stichprobenprüfungen durch den MDK erfolgen. Die zweckentsprechende Mittelverwendung sollte auch über den Förderzeitraum hinaus überprüft werden. Die Expertenkommission sollte daher beauftragt werden, neben der Frage, wie die Fördermittel der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden können, auch hierzu Vorschläge erarbeiten. Unerlässlich erscheint, dass auch nach Ablauf des Pflegestellenförderprogramms – mindestens für einen Zeitraum von drei Jahren – kontrolliert wird, dass die zusätzlich geschaffenen Voll- und Teilzeitstellen in der Pflege nicht wieder abgebaut werden. Die Fördermittel sollten in solchen Fällen zurückgezahlt werden müssen.

Bei einer zweckgebundenen Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung besteht darüberhinaus das Problem, dass der Begriff „unmittelbare Patientenversorgung“ nicht klar definiert ist und derzeit keine Transparenz darüber besteht, wo und für welche Tätigkeiten die zusätzlich finanzierten Pflegekräfte konkret eingesetzt werden. In die Arbeit der Expertenkommission sollte dieser Aspekt mit einfließen und ein diesbezüglich einheitliches Verständnis sollte die Grundlage der weiteren Arbeit der Expertenkommission bilden.

Änderungsvorschlag:

In § 4 Absatz 8 (neu) wird folgender Satz 10 neu eingefügt: *„Zur Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel können die Krankenkassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit einer Prüfung nach § 275a Absatz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragen.“*

Satz 10 (neu) wird Satz 11.

In § 4 Absatz 8 (neu) werden folgende Sätze 12 und 13 neu eingefügt: *„Werden die durch das Pflegestellenförderprogramm zusätzlich finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen innerhalb von drei Jahren nach Ende der Förderung wieder abgebaut, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen. Das Krankenhaus hat den anderen Vertragsparteien in den Jahren 2019 bis 2021 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung im geförderten Pflegebereich im letzten Jahr der Förderung und die durchschnittliche Stellenbesetzung im aktuellen Budgetjahr vorzulegen.“*

Satz 11 (neu) wird Satz 14.

In Satz 12 (neu) wird der Verweis angepasst: aus *„Berichterstattung nach Satz 10“* wird *„Berichterstattung nach Satz 11“*.

Satz 12 (neu) wird Satz 15.

In § 275a Absatz 2 SGB V (neu) wird nach Nummer 3 folgende Nummer 4 neu eingefügt:

„4. die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus dem Pflegestellenförderprogramm nach § 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes.“

d) Investitionsfinanzierung und Strukturfonds

Die Regelungen zum Strukturwandel in der stationären Versorgungslandschaft werden grundsätzlich begrüßt. Bedauerlich ist, dass nur ein Strukturfonds vorgesehen ist; das grundlegende Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Länder wird nicht gelöst. Die Regelung zur Verhinderung der Unterschreitung des Fördervolumens in Verbindung mit dem Strukturfonds sollte auch für die originäre Investitionsförderung gelten. Damit wird sichergestellt, dass der in der Vergangenheit stetige Rückgang des Investitionsfördervolumens der Länder auch tatsächlich gestoppt wird.

Die Einbindung der Krankenkassen in die Förderentscheidungen im Rahmen der Mittelvergabe des Strukturfonds wird begrüßt. Sie sollte als Vorbild dienen, die Krankenkassen grundsätzlich in die Förderentscheidungen der Länder einzubeziehen, da die Krankenkassen letztendlich die Folgekosten aus den Investitionsentscheidungen zu tragen haben. Das Bundesversicherungsamt sollte sich bei der Antragsprüfung streng an den Förderkriterien nach § 12 Absatz 3 i. d. F. d. KHSG ausrichten. Damit wird sichergestellt, dass der Strukturfonds bundesweit einheitlich angewendet wird.

Generell ist zu berücksichtigen, dass sich der Finanzierungsanteil der Krankenkassen an den Krankenhausgesamtkosten in den letzten Jahrzehnten stetig erhöht hat. Allerdings ist im Gegenzug keine Einflussnahme der Krankenkassen

auf die stationären Versorgungsstrukturen möglich. Insbesondere bei der unter Punkt 3b dargestellten Konkretisierung der Leistungsstrukturen bei unzureichender Qualität auf der Ebene einzelner Leistungen im Rahmen der Budgetverhandlungen besteht dringender Ergänzungsbedarf.

Bundesweit gesehen zeichnen sich die Versorgungsstrukturen durch ein Nebeneinander von Über-/Unter- und Fehlversorgung aus. Sowohl ambulanter und stationärer Sektor weisen dabei Parallelen auf. Der Abbau von Überversorgung in den Ballungsgebieten, Konzentrationsprozesse und Umwidmungen in strukturschwachen Regionen sind künftig unausweichlich. Daher begrüßen die Ersatzkassen den Strukturfonds. Den Ersatzkassen ist wichtig, dass die Mittel des Strukturfonds nicht ausschließlich als „Abwrackprämien“ verstanden werden. Die zuvor genannten Konzentrationsprozesse sowie die Umschichtungen und Umwidmungen sind gleichrangig zum Abbau von Überkapazitäten zu sehen. Beim Abbau von Überkapazitäten wird die Erfahrung zeigen, ob es gelingt, nicht nur die ohnehin insolventen Kliniken zu schließen, sondern auch Kliniken, die nicht bedarfsgerecht sind oder unzureichende Qualität erbringen. Daher sind der behutsame Einstieg und die Evaluation der Wirkungsweise des Strukturfonds über das Bundesversicherungsamt der richtig eingeschlagene Weg im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes.

Änderungsvorschlag:

In § 12 Absatz 2 Satz 3 KHG (neu) wird nach den Worten „*prüft die Anträge*“ die Worte „*entsprechend der Förderkriterien nach Absatz 3*“ eingefügt.

Begründung: Eine bundeseinheitliche Anwendung des Strukturfonds soll über die Einbindung des Bundesversicherungsamtes sichergestellt werden.

In § 6 Absatz 1 sollte folgender Satz aufgenommen werden: „*§ 12 Absatz 2 Nr. 3 a) gilt entsprechend.*“

Begründung: Ein Unterschreiten des Durchschnitts der Fördermittel aus den Jahren 2012 bis 2014 für die Investitionsförderung der Länder soll vermieden werden.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 – 0 Fax: 030/2 69 31 – 29 00 info@vdek.com
--